

ANGABEN ZU MEINER MITGLIEDSCHAFT

SPORTANGEOT

Montagsgruppe Mittwochgruppe Schwimmen Kinder

PERSÖNLICHE ANGABEN

Bitte alle markierte* ausfüllen.

Geschlecht*: weiblich männlich divers

Name*: _____ Vorname*: _____

Institution: _____

Wohngruppe: _____

Strasse*: _____ PLZ/Ort *: _____

Geburtsdatum*: _____

Sozialversicherungs-Nr.*: 756. _____

Krankenkassen*: _____ Nummer*: _____

Unfallversicherung-Nr.*: _____

Telefon*: _____ Mobile: _____

E-Mail: _____

NOTFALLKONTAKT

Institution: _____

Beziehungsgrad: _____

Name*: _____ Vorname*: _____

Telefon*: 1. _____ 2. _____

HAUSARZT

Name*: _____ Vorname*: _____

Strasse*: _____ PLZ/Ort *: _____

Telefon*: 1. _____ 2. _____

Um das Vereinsleben optimal den Sportlern* anzupassen benötigen wir folgende Informationen. Korrekte und vollständige Angaben sind die Voraussetzung für eine sichere Betreuung und Förderung.

BEHINDERUNGSART*

Mehrfachnennungen erlaubt.

Ohne Behinderung

Mit Behinderung

Sehbehinderung: blind

geringer Sehrest

Hörbehinderung taub

Hörgerät

Hörrest

Geistige-/ Lern-

mittel

schwer

Behinderung:

Wahrnehmungsstörungen

Sprachbehinderung: leicht

mittel

schwer

Krankheitsbehinderung: Trisomie 21/ _____

Autismus: leicht

mittel

schwer

Körperbehinderung: CP

Hemiplegie

Diplegie

Spastik

E-/ Rollstuhl

Polio

Paraplegie

Tetraplegie

Spina Bifida

Amputation/en Extremität/en _____

Psychische Behinderung: _____

Suchtbehinderung: _____

Andere: _____

UNTERZEICHNUNG

Mit der Unterzeichnung bestätigen sie, dass alle Angaben korrekt und vollständig ausgefüllt wurden.

Ort/ Datum: _____ Unterschrift Sportler*: _____

Ort/ Datum: _____ Unterschrift gesetzlicher Vertreter*: _____

ÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG

Wir empfehlen, die folgenden Angaben durch den Hausarzt ausfüllen und/ oder bestätigen zu lassen.

Der Entscheid über die Notwendigkeit einer ärztlichen Untersuchung obliegt beim Sportler* bzw. bei der gesetzlichen Vertretung. Für die ungenügenden Angaben übernimmt der Verein keine Verantwortung.

Änderungen zu den folgenden Informationen, welche Auswirkungen auf den Sportunterricht haben sind an die Technische Leitung und den Hauptleiter der jeweiligen Gruppe weiterzuleiten. Die Angaben werden vertraulich behandelt.

MEDIZINISCHE FAKTEN

Mehrfachnennungen erlaubt, wenn angekreuzt bitte Bemerkung erfassen bei Markierungen*.

- Allergien*: _____
- Asthma ADS/ADHS
- Diabetes mellitus Typ 1 (Insulinpflichtig) Diabetes mellitus Typ 2 (Medikament)
- Epilepsie letzte Anfall*: _____
- Herzkrankheit/-fehler*: _____
- Orthopädische Probleme: _____
- _____
- _____

Wichtige Informationen Sportunterricht: _____

SPORTLICHE TÄTIGKEITEN

Erlaubte Tätigkeiten bitte ankreuzen.

- Tauchen Kopfsprung Stopp and go Bewegungen
- Rolle Sprünge wie z.B. Trampolin Dreh-/ Schaukelbewegungen

Empfohlene Sportarten: _____

Sportarten die vermieden werden sollten: _____

Sportarten die nicht erlaubt sind: _____

NOTFALLMEDIKAMENTE

| Grund | Medikament | Dosierung | Applikationsform |
|-------|------------|-----------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Notfallmedikamente immer mitnehmen in Turnstunde oder an Ausflügen.

Verhalten im Notfall: _____

Weitere Hinweise und Bemerkungen: _____

UNTERZEICHNUNG

Mit der Unterzeichnung bestätigen sie, dass alle Angaben korrekt und vollständig ausgefüllt wurden.

Ort/ Datum: _____ Unterschrift Sportler*: _____

Ort/ Datum: _____ Unterschrift gesetzlicher Vertreter*: _____

Ort/ Datum: _____ Unterschrift/ Stempel Arzt*: _____

Retournieren an Ronny Solenthaler, Aktuar BSV, Hasenbühlstrasse 4, 9410 Heiden